ITEM 106 : SYNDROME CONFUSIONNEL CHEZ LE SUJET AGE

Syndrome confusionnel aigu (SC) = **confusion mentale** = état de faillite temporaire et réversible du fonctionnement cérébral
- Symptomatologie d'apparition brutale : **altération de la conscience** + **troubles cognitifs** + **fluctuant**
- Secondaire à une **cause organique, métabolique, toxique, psychologique** : la disparition de la cause permet le plus souvent le retour à l'état antérieur, dans un délai variable
- *Physiopathologie du SC* : déficit en acétylcholine, hypersécrétion de dopamine, déséquilibre sérotoninergique, cytokines pro-inflammatoire, élévation du niveau de cortisol
- *Epidémiologie* : 15% dans les services de médecine, 30% en gériatrie soit un RR x 6 de mortalité, 50% en chirurgie, 80% en soins intensifs.

Trouble neurocognitif (TNC) léger ou majeur respectivement sans ou avec ou perte d'autonomie (DSM V)
TNC: une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité.
Un TNC majeur (= démence) : une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour engendrer **une perte d'autonomie**
Un TNC léger : une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, mais avec des **capacités préservées** permettant d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne.

Diagnostic

- **Troubles cognitifs** = mnésiques, de l'attention et du langage : désorientation temporo-spatiale, propos incohérents
- **Troubles de la vigilance** : de l'inversion du cycle nycthéméral jusqu'à la somnolence ou à l'insomnie prolongée
- **Troubles psychiatriques** : crise d'angoisse, agitation psychomotrice, agressivité, illusions voire hallucinations (**confusion hyperactive**) ou au contraire apathie, perplexité anxieuse (**confusion hypoactive**)
- Caractéristiques : - Début brutal ou rapidement progressif sur quelques jours
  - Fluctuation des troubles sur 24h avec recrudescence vespérale

→ Outil de dépistage : **CAM 1 + 2 + (3 ou 4)** (1= Début aigu, fluctuation de l'évolution / 2= troubles de l'attention / 3= Désorganisation du cours de la pensée / Atteinte de la vigilance)
→ Principaux diagnostics différentiels :
- *Aphasie de Wernicke* : paraphasie, jargon inexistants dans le SC, attention sauvegardée
- *Décompensation psychotique*
- *Ictus amnésique* : dure quelques heures, pas de trouble de l'attention, même question itératives

Critères

- **Début soudain** et **fluctuation** des symptômes
- **Perturbation cognitive**
- **Trouble de l'attention**
- **Rupture avec l'état antérieur**
- **Conséquence d'une affection médicale, d'une intoxication, d'un sevrage ou autre**

Sous types

- Confusion **hyperactive** : agitation au premier plan
- Confusion **hypoactive** : apathie, repli, ralentissement, confondue avec une dépression
- Forme **mixte**

Diagnostic différentiel

Symptômes	Confusion	Démence
Début	Brutal ou rapidement progressif	Insidieux > 6 mois
Evolution	Fluctuante avec périodes de lucidité	Stable ± aggravation vespérale
Vigilance	Altérée	Intacte, sommeil normal
Orientation	Désorientation quasi-systématique	Désorientation systématique
Discours	Souvent désorganisé	Normal, puis incohérent
Humeur	Anxiété, perplexité	Normale
Hallucinations	Fréquentes, surtout visuelles	Rares, expériences oniriques complexes
Délire	Mal systématisé, temporaire	Généralement absent

Bilan

- **Examen clinique complet** avec examen abdominal, TR et recherche d'un globe vésical
- En 1ère intention : **ionogramme, créatinine + clairance, calcémie, glycémie, NFS, CRP, BU, ECG (en 2nd intention :** TSH, GdS, troponine, toxiques, BH, hc, TSH, ECBU, RP)
- **Scanner non injecté** en 1ère intention seulement si :
  - . Signe de localisation
  - . Suspicion d'hémorragie méningée
  - . TC y compris mineur (++ si anticoagulants ou anti-agrégants)
- PL si **syndrome méningée fébrile** ou suspicion **d'hémorragie méningée**,
- **EEG** si suspicion d'état de mal épileptique ou si confusion postcritique
- **Si bilan négatif** : TSH, GdS, troponine, toxiques, BH, Hc, TSH, ECBU, RP, TDMc, PL

<table>
<tr><td rowspan="4">Etiologie</td><td>Facteurs de vulnérabilité
1 = RR x 5
> 1 = RR x 9</td><td colspan="4">- Age >= 80 ans
- Vieillissement cérébral
- Démence ou troubles cognitifs sous-jacents
- Immobilisation (aggravée par la contention)
- Déficit sensoriel (visuel ou auditif)
- Dénutrition
- Comorbidités multiples
- Polymédication
- Dépression
- Antécédent de confusion (notamment post-opératoire)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Principaux facteurs déclenchant</td><td colspan="4">- Général : sub-occlusion, fécalome, fièvre, hypoxie, contention, privation sensorielle, douleur, RAU
- Infection : urinaire, pulmonaire…
- Cardiovasculaire : SCA, EP, trouble du rythme, insuffisance cardiaque…
- Neurologique : AVC, hématome sous-dural, épilepsie…
- Déshydratation, trouble hydro-électrolytique, trouble endocrinien
- Psychiatrique : dépression, stress, deuil
- Toxique : alcool, CO, benzodiazépine
- Intervention chirurgicale, contention, privation sensorielle, changement de repères.</td></tr>
<tr><td>Principaux médicaments</td><td>A propriété anti-cholinergique</td><td colspan="3">- Antidépresseur tricyclique
- Neuroleptique phénothiazinique ou neuroleptique atypique (clozapine ++)
- Neuroleptique caché : hypnotique, antiémétique
- Antihistaminique H1
- Bronchodilatateur anticholinergique : ipratropium, tiotropium
- Antiparkinsonien anticholinergique : tropatépine, trihexiphénidyle
- Antispasmodique : oxybutinine, atropine, tiénonium, scopolamine
- Autres : disopyramide (antiarythmique), flunarizine (antimigraineux)…</td></tr>
<tr><td>Non anti-cholinergique</td><td>- Benzodiazépines
- Antidépresseur ISRS et IRSNA
- Antiparkinsonien
- Antiépileptique
- Corticoïdes à fortes doses</td><td>- Morphine
- Codéine
- Tramadol
- Dextropropoxyphène
- Collyres mydriatiques</td><td>- Digoxine
- β-bloquant
- Amiodarone
- IPP
- Fluoroquinolone</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TTT</td><td>Indication d'hospitalisation</td><td colspan="4">- Etat clinique menaçant le pronostic vital ou fonctionnel
- Dangerosité du patient pour lui même ou pour son entourage
- Difficultés à réaliser les examens complémentaires nécessaires
- Nécessite d'une surveillance médicalisée pluriquotidienne
- Pas de diagnostic étiologique
- Secondairement : - Mesures inefficaces à domicile ou en EHPAD
- Déshydratation, dénutrition, isolement</td></tr>
<tr><td>Traitement de la cause</td><td colspan="4">= Indispensable : correction d'une déshydratation, antibiotique, traitement de la douleur, suppression d'un médicament potentiellement responsable…</td></tr>
<tr><td>Mesures non médicamenteuses</td><td colspan="4">- Lieu approprié : adapté pour éviter le risque de fugue, éclairé (même la nuit)
- Préserver la communication : maintenir les appareils auditifs et visuels, éviter l'isolement, favoriser la présence de la famille et de l'entourage
- Ne pas maintenir le patient alité et favoriser sa mobilisation, présence de proches
- Limiter les examens complémentaires et déplacements : transport, attente dans les couloirs, changement de lieux répétés → risque de majoration des symptômes et de l'anxiété</td></tr>
<tr><td>Contention physique</td><td colspan="4">- Situation d'urgence médicale après échec des solutions alternatives, ou pour permettre les investigations et les traitements nécessaires, sur prescription médicale
- Maintenue tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui, à réévaluer pluri-quotidiennement</td></tr>
<tr><td>Sédation médicamenteuse</td><td colspan="4">= En cas d'agitation persistante malgré la prise en charge non médicamenteuse, s'il persiste un danger pour le patient ou son entourage, ou pour réaliser un examen indispensable :
- Si anxiété prédominante : benzodiazépine à ½ vie courte (alprazolam, lorazépam)
- Si troubles productifs (hallucination, délire) : antipsychotique atypique (risperidone ou olanzapine si PO possible, tiapridal en IM sinon)
- Si démence à corps de Lewy : CI aux neuroleptiques : utiliser quétiapine ou clozapine</td></tr>
</table>

Suivi	- Parfois admission secondaire en **service de soins de suite et de réadaptation** pour le suivi des récupérations cognitives et la programmation du retour au domicile ou institution - **Réévaluation des fonctions cognitives (MMSE)** à **6-9 mois** : **20%** des états confusionnels perdurent plus de 6 mois après leur début - Evoquer un **syndrome démentiel latent** en cas de persistance d'une altération cognitive
Pronostic	- Lié à la survenue et également à sa durée - *Après un passage au SAU avec SC* : RR de décès RR x décès (+70%), augmentation de la durée de séjour x 2, x RR du passage en réanimation, augmentation du risque de réadmission à 30J et du risque de réadmission
Prévention	- Prévention neurosensorielle - Repères spatio-temporels - Mobilisation précoce - Bonne hydratation - Diminution du recours aux psychotropes - Formation des équipes au dépistage
Situation particulières	- Syndrome confusionnel **fébrile** : Méningoencéphalite JPDC - Syndrome confusionnel **non fébrile** : . Origine toxique . Origine métabolique . Origine neurologique

VIEILLISSEMENT CEREBRAL	Modifications structurales	Atrophie cérébrale	**= Diminution du poids du cerveau** de 2%/10 ans après > 50 ans : - **Atrophie corticale** à **prédominance fronto-temporale** - **Augmentation du rapport LCR/volume crânien** - Imagerie cérébrale : dilatation ventriculaire, élargissement des sillons corticaux et légère atrophie corticale associés au vieillissement normal
		Nombre de neurones	**= Diminution du nombre de neurones**, surtout dans le cortex fronto-temporal, l'amygdale et le locus niger : - **Chargement en lipofuschine** (pigment résultant d'une dégradation des organites intracellulaires) jusqu'à 10-15% du volume cellulaire - **Plaques séniles intercellulaires** : débris neuritiques et substance amyloïde
	Modifications neurochimiques		- ↘ **Système dopaminergique de la voie nigro-striée** : ↘ des enzymes synthétisant les neurotransmetteurs et de leurs récepteurs, ↗ des enzymes d'inactivation (MAO, COMT) - ↘ **Système cholinergique** : ↘ de la choline-acétyltransférase (CAT) dans le cortex frontal, temporal et dans les hippocampes - ↘ **Système GABAergique** - Systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques peu modifiés
	Modifications vasculaires		- Débit sanguin cérébral global : évolue peu avec l'âge (préservée en priorité) → La baisse du débit sanguin cérébral (locale ou globale) est plus la conséquence d'une cause intrinsèque à l'origine de troubles cognitifs
	Performances intellectuelles	Capacités habituellement conservées	- **Intelligence cristallisée** : intelligence globale, stock lexical - Capacité de **comparaison** et **confrontation avec l'expérience** - **Langage** - **Créativité artistique**
		Capacités susceptibles de diminuer	- **Intelligence fluide** : raisonnement inductif - **Mémoire d'acquisition** et **d'apprentissage** - **Vitesse d'exécution et de réponse** - **Capacités attentionnelles**
	Influence du contexte		- **Contexte culturel** : un niveau d'éducation élevé favorise le maintien des performances intellectuelles, surtout si le sujet conserve un intérêt pour la culture (lecture, informations…) - **Contexte psychoaffectif** : variations selon l'entourage ou les troubles psychoaffectifs (dépression…) - **Contexte sensoriel** : les déficiences visuelles et auditives diminuent la qualité des afférences sensorielles → favorise le mauvais traitement de l'information, avec des répercussions psychosociales (arrêt de lecture, difficulté à converser…), → Risque d'**hallucinations par déprivation sensorielle** (**syndrome de Charles Bonnet**) : hallucinations visuelles pures, muettes, représentant des personnages, des paysages, favorisées par la pénombre, critiquées par le sujet - **Stimulation cognitive et activité physique** : maintien, voire amélioration des fonctions cognitives